Rok XXXIV. Kraków 28. Grudnia 1895 r. Nr. 52.

**Redakcya:**
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 8
Telefonu Nr. 108.

**Administracya:**
Szpital św. Ludwika,
przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

**Ekspedycya miejscowa:**
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

**Ogłoszenia**
przyjmuje: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

## ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

**Przedpłatę**
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 1[illegible]. Broome Streets.

**Rękopisy**
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

**Jeden numer**
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | w Austryi | | w Król. Polskiem i Ces. Ros. | w Niemczech | we Francyi |
|---|---|---|---|---|---|
| Rocznie: | 8 złr. | 80 ct. | 6 rsr. | 14 mk. | 24 fr. |
| Półrocznie: | 4 „ | 40 „ | 3 „ | 7 „ | 12 „ |
| Kwartalnie: | 2 „ | 20 „ | $1\frac{1}{2}$ „ | $3\frac{1}{2}$ „ | 6 „ |




***Przegląd lekarski,*** organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1-ym Stycznia 1896. rok trzydziesty piąty swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym, co teraz, formacie w objętości $1\frac{1}{2}$ — 2 arkuszy na tydzień jak najregularniej.

Wszystkie prace umieszczane w ***Przeglądzie lekarskim,*** tak oryginalne jakoteż nieoryginalne są płatne.

**Autorowie otrzymują bezpłatnie 25 odbitek ze swych prac; życzący sobie otrzymać większą ich liczbę zechcą na pierwszej stronnicy rękopisu oznaczyć to wyraźnie, życzeniom bowiem później objawianym zadość czynić nie możemy.**

**Administracya uprasza najuprzejmiej Szanownych prenumeratorów o jak najrychlejsze odnowienie przedpłaty na rok 1896., najlepiej wprost w Administracyi *Przeglądu lekarskiego.***

Zwracamy zarazem przy tej sposobności uwagę Szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni ***Przegląd lekarski*** abonować bezpośrednio w Administracyi.

Cena prenumeracyjna ogłoszona w nagłówku każdego numeru.

## I. O objawie przeponowym i jego znaczeniu klinicznem.

Napisał

Prof. W. Jaworski.

W r. 1892. ogłosił Litten w *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 13, interesujące spostrzeżenie na klatce piersiowej pod nazwą objawu przeponowego *(Zwerchfellphänomen)*. Ogłoszenie to nie zwróciło jednak na siebie uwagi; dlatego Litten wystąpił w tej kwestyi z drugim artykułem w bieżącym roku we *Wiener med. Wochenschrift* Nr. 5., obiecując bardzo znaczne korzyści dla dyagnostyki chorób płucnych.

Przez objaw przeponowy rozumie Litten widomą oznakę odlepiania się przepony od ściany klatki piersiowej podczas wdechu a przykładanie się jej napowrót podczas wydechu; oko bowiem dostrzega na dolnych częściach klatki piersiowej przesuwanie się cienistej linii *(schattenartige Linie)* na dół i w górę, wywołane przez ruchy przepony. Cień ten rozpoczyna się na wysokości szóstego przestworu międzyżebrowego i obniża się w postaci linii lub lekkiej bruzdy przecinającej żebra pod kątem ostrym na obszarze kilku przestworów międzyżebrowych a niekiedy aż do łuku żebrowego. Podczas wydechu wznosi się linia przez tę samą przestrzeń do góry. Przy najsilniejszym oddechu przebiega owa bruzda przez 2 do 3 międzyżebrza (około 6 cm.), przy powierzchownych zaś oddechach tylko przez $1—1\frac{1}{2}$. Chociaż Litten mógł dostrzegać ten objaw w każdej postawie chorego, to poleca on jako najkorzystniejsze położenie następujące: Ułożyć chorego poziomo na grzbiecie z głową niepodniesioną, zwróconą twarzą do okna; obserwować zaś należy dolną część klatki piersiowej w odległości 3—4 kroków pod kątem 45°, zwróciwszy się grzbietem do okna. Najwyższą i najniższą granicę, do której dochodzi ruchoma linia, zaznacza się ołówkiem i tym sposobem otrzyma się granicę płuc podczas wdechu i wydechu bez zastosowania wypuku.

Jeżeli przestrzeń objawu przeponowego jest węższą niż 6 cm., to jest to oznaką zmiany patologicznej płuc; jeżeli zaś ona jest obniżona o 1—2 żeber, sądzi Litten, iż jest rozedma płuc. Jeżeli objawu z jednej strony brakuje a po drugiej występuje, to przypuszcza Litten wypocinę lub odmę opłucnową. Ze zachowania się objawu przeponowego jest w stanie Litten odróżnić wypocinę opłucnową od ropnia podprzeponowego; ocenia on także z niego stopień utrudnienia oddychania, jako też polepszanie się rozedmy płucnej pod wpływem pneumatoterapii a nawet był on w stanie z objawu przeponowego wykazać symulacyę u chorych uskarżających się na przeszkody w oddychaniu. Tyle L i t t e n.

Takie w następstwa kliniczne obfite odkrycie zwróciło ma uwagę, zaraz od pojawienia się pierwszego ogłoszenia Littena i od dwóch lat śledziłem objaw przeponowy, skoro miałem przed sobą obnażoną klatkę piersiową. Jednak dostrzeżenie tego objawu po pierwszy raz nie przyszło mi tak łatwo, jakto Litten podaje, że go z łatwością na 5—6 tysiącach chorych dostrzegał. Minęło kilka miesięcy, nim się upewniłem przez wypukiwanie przestrzeni dopełniczej opłucnej, że objaw opisany przez Littena z pewnością dostrzegam. Według mego określenia objawu przeponowego, jest to linia pozioma po dolnych częściach klatki piersiowej przebiegająca, najlepiej w okolicach pachowych dostrzegalna, falisto się poruszająca, przy wdechu od siódmego żebra ku dołowi a za wydechem napowrót od dołu ku górze. Linia ta jest raczej w a ł e m, aniżeli bruzdą, przebiegającym tak przez międzyżebrza, jak i przez żebra. Zjawisko to sprawia dla mnie u większości osób badanych pewne trudności w uchwyceniu go. U osób, które mają nieco więcej podściółki tłuszczowej tak, że przestwory międzyżebrowe są wypełnione, tego zjawiska ani razu nie dostrzegałem. Jedynie tylko u osób miernie odżywionych z przestworami międzyżebrowymi zapadłymi mogłem je dostrzedz. W postawie stojącej nie udało mi się ani razu widzieć tego objawu. Również nie mogłem go dostrzedz przy mocnem oświetleniu, jak to Litten poleca. Ja mogłem obserwować to zjawisko tylko w ten sposób, że kładłem osoby badane na grzbiet, głową przy oknie a rękami na głowie ułożonymi, sam zaś siadałem obok osoby z twarzą zwróconą do okna i obserwowałem dolną prawą lub lewą stronę klatki piersiowej, polecając choremu robić głębokie wdechy. Wpatrując się w dolną okolicę pachową, dostrzegamy podczas bardzo silnego wdechu, że żebra i międzyżebrza podnoszą się w górę, g d y r ó w n o c z e ś n i e p r z e z ż e b r a i m i ę d z y ż e b r z a p r z e s u w a s i ę k u d o ł o w i l e k k o n a z n a c z o n y, f a l i s t y w a ł; w czasie znów wydechu wraca on do góry, przebiegając obniżające się żebra i międzyżebrza.

Obserwacye robiłem z małemi wyjątkami tylko na mężczyznach a wyniki ich, licząc tylko te, które sobie ponotowałem, były następujące:

Na 105 osób objawu przeponowego

| | |
|---|---|
| nie okazywało . . . . | 45 osób |
| okazywało . . . . . | 60 „ |
| z tych obustronnie . . . | 19 „ |
| tylko po stronie lewej . | 39 „ |
| tylko po stronie prawej . | 2 „ |

Nadmienić muszę, że w czasie obserwacyi oświetlenie lewej strony klatki piersiowej było korzystniejsze, niż prawej, co mogło wpływać na pominięcie objawu przeponowego po stronie prawej.

Tylko u 7 osób był objaw przeponowy przy zwykłem oddychaniu dostrzegalny; u reszty pojawiał się on dopiero po nasileniem.

U 5 osób z poważnemi zmianami w płucach objawu przeponowego nie dostrzegałem.

Wobec moich wyników objaw przeponowy nawet u osób zdrowych na płuca n i e j e s t o b j a w e m s t a ł y m i nie przypisywałbym mu takiego klinicznego znaczenia, jak to czyni odkrywca. Należałoby chyba mieć zmysł spostrzegawczy doskonalszy, niż to ma średni obserwator. W każdym jednak razie to zajmujące zjawisko godne jest bliższej uwagi i zajęcia się nim.

W końcu nie zgadzałbym się na tłómaczenie tego zjawiska, jakie podaje Litten, że to przepona odrywa się od opłucnej ściennej. Widzialny wał falisty jest to podniesienie skóry przez dolny brzeg płuca, które przy wdechu wpada w dopełniczą przestrzeń opłucny (*sinus pleuralis*) a podczas wydechu ją opuszcza.

---

## II. Oceny i sprawozdania.

### Medycyna sądowa.

**B o r n t r a e g e r: O jednej z przypadkowych cech śmierci z utopienia.**

Wiadomo, jak trudno nieraz przy sekcyi ciała wydobytego z wody rozstrzygnąć, czy śmierć nastąpiła w wodzie, czy też dopiero po śmierci ciało do wody się dostało. Każdy objaw nowy jest cennym dla dyagnostyki w tym względzie. Obecnie zwraca B. uwagę na znachodzenie się treści pokarmowej z żołądka w oskrzelach i w krtani. Objaw ten wszakże jest nadzwyczaj rzadki; jeżeli się jednak znajdzie, może przyczynić się do rozjaśnienia przyczyny śmierci. Tak Casper-Liman, jak i Hofmann nie uwzględnili tego objawu, Seydel tylko napomknął nieco o nim. Naegeli dopiero opisał dwa ciekawe przypadki śmierci w wodzie nie z powodu uduszenia. Przypadki te tyczyły się dwóch silnych i umiejących pływać ludzi, którzy po doskonałym obiedzie poszedłszy się kąpać utonęli.

Przy sekcyi znaleziono w oskrzelikach, w oskrzelach, krtani, tchawicy części pokarmowe, podobne do znajdujących się w żołądku. Na podstawie tego obrazu sekcyjnego wydał Naegeli orzeczenie, że owi mężczyźni nie utonęli, lecz się zadusili treścią pokarmową, aspirowaną wśród wymiotów wywołanych uderzeniem fal wody o powłoki brzuszne.

Borntraeger nie godzi się na tłómaczenie wszystkich podobnych przypadków w sposób Naegelego i usiłuje wykazać, czy też przypadkowo wymioty nie mogą się jawić z innych przyczyn w czasie topienia się. W kazuistyce Caspra-Limana znalazł kilka przypadków śmierci z utopienia, w których przy sekcyi znaleziono w oskrzelach części pokarmowe. Przypadki owe tłómaczy B. w ten sposób, że w drugim okresie topienia się podczas duszności, gdy następują silne nadzwyczaj wdechy, nastaje wyparcie treści z żołądka, czyli powstają wymioty. Wymioty powstają tem łatwiej, im żołądek jest pełniejszy, im więcej topiący się ma do nich skłonności. Gdy wymioty raz się pojawią, właśnie z powodu silnych wdechów w drugiem stadyum występujących, nadzwyczaj łatwo następuje wetchnięcie treści pokarmowej do płuc. Znalezienie więc przy obdukcyi treści pokarmowej w płucach, zdaniem B., wyklucza dostanie się denata po śmierci do wody a z największą pewnością każe przypuszczać zajście śmierci w wodzie.

Autor przechodzi następnie wszystkie możliwości, któreby osłabiły powyższe przypuszczenie, zbija je a w końcu streszcza swe zapatrywanie w następujących zdaniach:

1) U tonących występują niejednokrotnie wymioty, szczególniej w razie wypełnienia pokarmami żołądka; czasem mogą wymioty wystąpić samoistnie wraz z omdleniem u kąpiących się i mogą stać się przyczyną utopienia się, względnie śmierci we wodzie. Obraz sekcyi w obu razach jednaki.

2) Obecność treści pokarmowej w narządzie oddechowym u utopionych przemawia za śmiercią w wodzie i to obecność tejże treści w płucach i w oskrzelach drobnych przemawia za nią z wszelką pewnością; obecność zaś jej w jamie ustnej, gardzielu, tchawicy, przemawia tylko z prawdopodobieństwem za śmiercią w wodzie. *(Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitatswesen.* Tom X., Zeszyt dodatkowy, 1895). *Dr. Edward Piotrowski.*

**Paul: Otrucie kwasem azotawym przez wziewanie.**

Z trzech robotników zajętych przy czyszczeniu komory ołowianej z osadu zawierającego kwas azotawy zanadł jeden ciężko na zdrowiu po $1\frac{1}{2}$ godzinnej pracy. Objawami zatrucia były: ustawiczny kaszel, wykrztuszanie obfitej, żółtej, pienistej wydzieliny, duszność; następnego dnia wystąpiły liczne rzężenia w płucach, wykrztuszanie wydzieliny pienistej barwy popłuczyn mięsnych, wreszcie wśród znacznego osłabienia czynności serca śmierć.

Sekcya wykazała mocne rozpulchnienie i silne nastrzykanie błony śluzowej gardła, krtani, tchawicy i oskrzeli, nadto obfitą ilość gęstego, pienistego śluzu powlekającego błonę śluzową wymienionych narządów; serce wypełniała udarzająco ciemna krew częścią płynna, częścią wiotko skrzepła, pod opłucną znaleziono liczne, świeże wynaczynionki, w płucach obrzęk znacznego stopnia, w błonie śluzowej dna żołądka krwawe nadżerki. *(Wiener klin. Wochenschrift.* 1895. Nr. 38). *Wachholz.*

**Brüll: Kwilenie śród macicy przy położeniu miedniczem.**

W przypadku, w którym dwie akuszerki daremnie usiłowały dobyć płód znajdujący się w położeniu miedniczem, słyszał B., podobnie jak i obie akuszerki, zdala nawet słyszalne kwilenie dziecka w łonie matki. Miednica dziecka była ustawiona we wchodzie miednicy matki a drugi płód, była to bowiem ciąża bliźniacza, już obumarł. Omawiając powyższy przypadek, zestawia autor okoliczności, wśród których może nastąpić kwilenie płodu wśród macicy. Okoliczności te są:

1) Przerwanie krążenia łożyskowego.

2) Wniknięcie powietrza do jamy macicy.

3) Brak wód płodowych lub korzystne ich rozmieszczenie ze względu na ujścia narządu oddechowego płodu. *(Wiener klin. Wochenschrift.* Nr. 39. 1895). *Wachholz.*

## Choroby nerwowe.

**A. Pitres: O niemocie (*aphasia*) u osób władających kilkoma językami.**

Postrzeżenia kliniczne wykazały już nieraz, że u osób władających kilkoma językami w razie pojawienia się afazyi taż afazya nie występuje w równym stopniu co do słów w różnych językach.

Autor miał sposobność spostrzegania i studyowania afazyi skutkiem napadu apoplektycznego u 7 osób władających kilkoma językami.

Z tych jego spostrzeżeń wypada, iż jeżeli w pomyślnych przypadkach afazya ustępuje, ustępuje ona w pewnych językach pierwej, niż w drugich i że najczęściej, jednak niezawsze, ustępuje ona naprzód z języka ojczystego. Powrót do władania językiem każdym z osobna odbywa się najczęściej w ten sposób, że chory naprzód odzyskuje rozumienie słów słyszanych a dopiero potem zdoła je wymawiać.

Powrót do stanu prawidłowego nie zawsze bywa zupełny. Zdarza się, iż chory odzyskuje władzę naprzód rozumienia, następnie mówienia językiem, którym za zdrowia władał najbieglej; w innych przypadkach chorzy mogą rozumieć jeden lub nawet kilka języków, lecz nie mogą niemi mówić. *(Revue de médecine.* Listopad 1895). *R.*

## Chirurgia.

**Bertillon: Statystyka przepuklin (*herniae*).**

Częstość przepuklin nie zależy od rasy, lecz wydaje się, ma związek ze stopniem zamożności. Popisowi paryscy, przybywający z okręgów zamożnych, rzadziej miewają przepukliny, niż pochodzący z okręgów ubogich.

Najwięcej okazują usposobienia do przepuklin piwowarzy, piekarze, pastuchy, młynarze, kapelusznicy, farbiarze, hutnicy i ślusarze, daleko zaś rzadziej trafiają się przepukliny u garbarzy, szewców, tokarzy, blacharzy, zegarmistrzów, złotników w ogólności w zawodach pracujących siedząco.

Z uwięźnięnia przepukliny umiera o wiele więcej chłopców, niż dziewcząt. Uwięźnienie przepukliny jest w ogólności rzadkie od 5. do 15 roku życia. Poczawszy od 40. roku uwięźnienie przepukliny staje się coraz częstszem. *(La Semaine médicale.* 60. 1895). *R.*

## Psychiatrya.

**Haushalter i Guerin: Przypadek niedołęstwa umysłowego (*idiotismus*) bez obrzęku śluzakowego, poprawiony przez zadawanie substancyi gruczołu tarczykowego.**

Przypadek ten tyczy się chłopca od urodzenia umysłowo niedołężnego, sześć lat liczącego z objawami postępującego charłactwa, nabrzmieniem twarzy, zgrubieniem skóry na przedudziach i osobnym rodzajem białka (nukleoalbuminu) w moczu. Pod wpływem leczenia substancyą gruczołu tarczykowego ustąpiły objawy fizyczne choroby. Uwagi godną jest rzeczą, że obmacaniem nie można było w tym przypadku wykazać ani śladu gruczołu tarczykowego. *(La Semaine médicale.* 4. Grudnia 1895). *R.*

## Bakteryologia.

**Lazarus: Elsnerowska metoda wykrycia prątka durowego i jej kliniczne zastosowanie.**

L. sprawdzał na materyale złożonym z 5 chorych na dur i 16 ozdrowieńców podany przez Elsnera sposób wykrycia prątka durowego. Polega on na użyciu pożywki Holza, złożonej z kwaśnej żelatyny z ziemniakiem i 1% jodku potasu, na której niewiele tylko drobnoustrojów się rozwija. *Bacterium coli commune* rośnie jednak na niej bardzo bujnie, prątek durowy zaś bardzo powoli tak, że pierwsze jego kolonie widać dopiero po 48 godzinach; tą różnicą szybkości rozwoju daje się użyć do rozpoznania. Elsner sam wypróbował swoją metodę, używając sztucznych mieszanin różnych drobnoustrojów i w 17 przypadkach duru. W 15 z tych przypadków można było dowolnie w najróżniejszych okresach choroby odosobnić tym sposobem prątek durowy. U 5 chorych Lazarusa rzecz miała się tak samo; nadto u 3 z pomiędzy badanych ozdrowieńców, u jednego nawet w 41 dni po ustąpieniu wszelkich objawów gorączkowych, wykazał sposób Elsnera w prawidłowo wyglądającym kale właściwy prątek, którego tożsamość dalsze próby z czystą hodowlą zupełnie potwierdziły. W stolcach osób zdrowych, stykających się z badanymi chorymi L. ani razu obecności prątka durowego nie wykazał. Pomimo, że na pożywce Holza oprócz *bacterium coli* i prątka durowego rosną dość obficie pleśnie a czasem nawet bardzo obficie, jak L. sam się uskarża, rozpuszczające żelatynę saprofity, to jednak, zdaniem L., metoda Elsnera może oddać wyborne usługi nietylko w badaniach higienicznych, ale i klinicznych, nawet osobom znającym jedynie ogólne zasady techniki bakteryologicznej. *(Berliner klinische Wochenschrift.* Nr. 49. 1895). *Dr. Ciechanowski.*

## Okulistyka.

**Katz: Czucie światła zupełne w zaćmieniach środków łamiących oka.**

Wrazie obecności grubych zaćmień środków łamiących możemy się tylko przekonać, czy czynność nerwu wzrokowego niezupełnie ustała, jednakże cierpień nerwu wzrokowego rozpoznać nie możemy. Jeśli przy zamknięciu powiek, zatem w tych samych stosunkach, jak w razie zaćmy soczewki lub grubej blizny rogówkowej ustawimy w odległości jednego metra w pokoju zaciemnionym światło (świecę) a w odległości pięciu metrów drugą, to oko o zupełnie prawidłowym nerwie wzrokowym dostrzeże różnicę oświetlenia, jeśli tę drugą świecę, znajdująca się w odległości pięciu metrów, kolejno będziemy odkrywać i zakrywać. Ponieważ światło drugie o 5 metrów odległe oświeca 25 razy słabiej oko badane, niż światło pierwsze, zatem różnica w natężeniu światła wynosi $^{1}/_{25}$. Taką różnicę oko prawidłowe rozpoznać powinno a różnicę tę nazywa Bjerum czuciem światła zupełnem (*totaler Lichtsinn*). Oko z zaćmą lub grubą blizną rogówkową, zresztą zupełnie prawidłowe (dno oka) rzeczywiście odczuwa tę różnicę mniej więcej; tak się przynajmniej K. na mocy swych doświadczeń przekonał; oczy zaś, które wobec zaćmy lub innego cierpienia środków łamiących odczuwały różnicę oświetlenia za odkrywaniem i zakrywaniem światła drugiego, dopiero ustawionego w mniejszej odległości, niżli 5 metrów, okazywały jakieś cierpienie na dnie oka. Byłby to zatem doskonały sposób dla dokładniejszej, niż obecnie dyagnozy. Pokój musi być całkiem ciemny, gdyż w półcieniu dla oka zdrowego odległość światła drugiego musi być mniejszą. (*Zehender's klin. Monatsblätter*. Listopad 1895). *Dr. Brudzewski.*

## Zapiski terapeutyczne.

**149.** F. Ahlfeld (prof.): Desinfekcya palca i ręki przed badaniem i działaniem w położnictwie (z uniwersyteckiej kliniki ginekologicznej w Marburgu). Pierwszy Zweifel wykazał w końcu roku zeszłego, że przepisy desinfekcyi dla akuszerek, znajdujące się w podręcznikach dla nich przeznaczonych są częścią niedostateczne, częścią nie do wykonania i polecił uczniowi swemu, Reinickemu zbadać wartość rozmaitych sposobów desinfekcyi. Reinicke spełnił dokładnie poruczone sobie zadanie i przyszedł do przekonania, że za pomocą używanych teraz, chemicznie działających środków przeciwgnilnych nie można w czasie w praktyce dozwolonym i w sposób nie nadwerężający skóry desinfekcyonować rąk w każdym razie całkiem bezpiecznie; wykazał natomiast, że przez czyszczenie rąk przez 5 minut wodą gorącą, mydłem i szczotką a następnie wycieranie szczotką w 90% mniej więcej alkoholu można z największem podobieństwem do prawdy wyjałowić ręce zupełnie. Bezpiecznej desinfekcyi na poczekaniu (pospiesznej) można dokonać przez wycieranie szczotką w wyskoku przez pięć minut.

Otóż sprawdzeniem tych pod względem praktycznym bardzo ważnych szczegółów, podanych przez Reinickego zajął się autor w swej klinice i użył do swych doświadczeń 215 różnych osób, mianowicie 121 akuszerek i uczennic, 88 praktykantów klinicznych licząc do nich 4 lekarzy praktycznych, 5 lekarzy zakładowych i siebie samego. W 100 mniej więcej posiedzeniach dokonano więcej niż 1000 desinfekcyj, biorąc do badania bakteryologicznego za każdą desinfekcyą po 2 lub 3 próby. Autor opisuje dokładnie całe swe postępowanie w celu udowodnienia, jak ściśle postępował w owych doświadczeniach; z obszernego w tej mierze opisu przytaczamy tylko najważniejsze szczegóły.

Doświadczenia robiono prawie wszystkie w nowej sali porodowej, urządzonej według wszelkich prawideł aseptyki. Do opłukiwania używano wody źródlanej z wodociągów miejskich, ogrzewanej we właściwych kotłach przynajmniej do 80° C, dochodzącej do sali porodowej z temperaturą 50 do 70° C. a używanej do opłukiwania rąk w ciepłocie 35 do 40° C.

Prócz tego był zawsze zapas wody wyjałowionej w przyrządzie Fritscha a gotowanej przez pół godziny (100° C.).

Osoby użyte do doświadczeń nie używały przed niemi żadnych środków desinfekcyjnych. Szczególniejszą wagę przykładano do oddalenia brudu, osobliwie z pod paznogci, z pod których go usuwano wyjałowionemi patyczkami według zalecenia Fürbringera. W celu samegoż badania bakteryologicznego odcinano kawałeczki patyczków użytych do czyszczenia paznogci i wkładano je do odpowiedniej pożywki.

Naprzód spróbowano w 17 posiedzeniach a 59 desinfekcyach roztworu sublimatu 1‰ i przekonano się, że w największej liczbie doświadczeń środek ten bez alkoholu nie wystarcza do zupełnego, całkiem pewnego wyjałowienia rąk.

W dalszym ciągu użyto kwasu karbolowego i 3% roztworu krezolu z mydłem po równych częściach (zatem $1^{1}/_{2}$% krezolu) a między oczyszczenie a desinfekcyę wsunięto alkohol.

Najlepszy rezultat uzyskano przez oczyszczenie naprzód gruntowne wodą, mydłem i szczotką a następnie przez wytarcie flanelą zmaczaną w mocnym wyskoku i przekonano się, że nawet u uczennic uzyskano w 98·1% przypadków zupełne wyjałowienie palca.

Że w ten sposób bez użycia właściwych środków desinfekcyjnych można dojść do zupełnego wyjałowienia palca lub ręki, jestto okoliczność bardzo ważna, używanie bowiem szczotki, 3—5% roztworu kwasu karbolowego, krezolu i t. d, robi skórę szorstką i utrudnia późniejszą jej desinfekcyę. Wprawdzie i alkohol bezwodny atakuje skórę i prowadzi do jej szorstkości, skutek ten jednak da się w znacznym stopniu złagodzić, jeżeli po badaniu włoży się rękę na pewien czas do ciepłej wody, obmyje następnie dobrze mydłem, opłócze i wytrze zupełnie suchym ręcznikiem przed wyjściem na powietrze, osobliwie w zimie.

Autor przekonał się, że postępując w sposób co właśnie opisany nawet w przypadkach, gdy ręka stykała się przedtem z mikroorganizmami chorobotwórczemi, jak posokującemi rakami, włókniakami i t. d. w 97·4% przypadków udało się zupełne wyjałowienie.

Rozumie się zresztą, iż pewność desinfekcyi zależy w znacznym stopniu od wprawy i właściwości skóry na rękach.

Nakoniec wnosi autor ze swych doświadczeń, że alkohol wtedy tylko wyjaławia na pewno, jeżeli skórę ręki zmiękczono przedtem wodą.

Ostatecznie na podstawie wszystkich swych doświadczeń i postrzeżeń podaje autor, względnie zaleca następujące sposoby desinfekcyi rąk lub samych tylko palców.

*A.* Proste oczyszczenie ręki.

Po przycięciu, obrównaniu i oczyszczeniu paznogci oczyszcza się ręce gruntownie przez obmycie w wodzie bardzo ciepłej z mydłem i wyciera je następnie szczotką lub też nie wyciera, potem opłukuje wodą czystą a w końcu wyciera całą rękę, mianowicie zaś palec mający służyć do badania płatkiem flaneli wielkości dłoni w alkoholu 96%. Przez stosowne ruchy palców należy starać się o to, by alkohol dostał się także pod rąbek paznogcia.

Tak wyjałowiony palec służy wprost, t. j. bez żadnego pomazywania do badania.

Takie proste oczyszczenie wystarcza, jeżeli rozchodzi się o badanie położnicze jednym palcem, pod warunkiem, że skóra ręki nadaje się do takiej desinfekcyi i że nie stykała się poprzednio z bardzo jadowitemi mikroorganizmami.

*B.* Ścisłe oczyszczenie rąk.

Dokładne obmycie ręki i ramienia szczotką i mydłem, w wodzie bardzo ciepłej, przynajmniej przez pięć minut. Paznogcie na-

leży czyścić tak przed obmyciem jak i podczas niego.

Następnie należy wycierać rękę i ramię szczotką lub flanelą przez 5 minut w wyskoku 90%, przyczem trzeba czyścić każdy palec z osobna, jak to już podano poprzednio przy prostej desinfekcyi.

Tak wyjałowionej ręki używa się wprost do operacyj położniczych i wprowadza ją do części rodnych.

Tego ścisłego oczyszczania potrzeba naprzód u osób ze skórą szorstką, trudną do desinfekcyi, tudzież w razie, jeżeli ręka stykała się poprzednio z jadowitemi mikroorganizmami chorobotwórczemi. *(Deutsche med. Wochenschrift.* 19. Grudnia 1895)

150. K. J. Cumston: Leczenie wiewióra (*gonorrhoea*) u mężczyzn wstrzykiwaniem nadmanganezanu potasowego *(kali hypermanganicum)* do cewki moczowej. Autor idąc za Janetem używał w dwóch ostatnich latach w wiewiórze wstrzykiwania nadmanganezanu potasowego do cewki moczowej, jest ze skutku bardzo zadowolniony i sposób ten zaleca bardzo gorąco. Z początku, gdy zajętą jest tylko przednia część cewki, uważa za rzecz zbyteczną przestrzykiwać pęcherz moczowy. Do przestrzykiwania przedniej części cewki używa cewnika gumianego z guziczkiem stożkowatym, nie przedziurawionego w środku, lecz zaopatrzonego w trzy otworki u podstawy stożka, skierowane ku światłu przedniej części cewki. Autor używa rozczynu 1 : 3000 o temperaturze krwi. Przepłukiwanie odbywa się raz dziennie i to za każdym razem litrem płynu, przyczem irygator znajduje się w wysokości około 90 cm. nad chorym. Średnio trwa to leczenie 15 dni. *(Journal. of cut. and genito-urin. diseases.* Nr.10. 1895).

## III. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

#### Posiedzenie nadzwyczajne z dnia 13. Listopada 1895 r.

Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 42.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Przewodniczący przedstawia zgromadzonym jako gości: PP. Radcę Merunowicza, Dyrektora Rottera, Starszego inżyniera Ingardena, Chrząszczewskiego, Bandrowskiego.

Kol. Bujwid mówi o wynikach badania wody gruntowej okolic Krakowa, wykonanych przez podkomisyę wodociągową. Skreśliwszy w krótkości historyę wodociągów krakowskich poczynając od najdawniejszych czasów aż do obecnej doby, przedstawia prelegent wyniki prac ostatnich, mianowicie: poszukiwania w dolinie Białuchy nie doprowadziły do wyników pomyślnych a w dolinie Sanki teren był mniej odpowiedni. Próbne wiercenia w dolinie Wisły są pomyślne; woda zawiera tylko ślad kw. azotowego. W terenie budzyńsko-cholerzyńskim próbne wiercenia wykazały, że woda znajduje się pod 15 m. grubą warstwą ziemi, woda wszędzie na całym terenie jest dobra, teren ten otoczony przez góry zabierzowskie dzieli się na dwie nierówne części, wynosi 17 klm. kw. a licząc i wzgórza 36 klm. kw. Obliczając ilość wody pokazałoby się, że wystarczy 4% całej tej wody, jakiej teren dostarczyć może, aby Kraków zaopatrzyć w wodę licząc 100 litrów na dobę i głowę. Dalsze badania mające na celu dokładne ilościowe określenie wody, prowadzą się za pomocą wielkich, głębokich studzien.

W dyskusyi inżynier starszy, Ingarden przedstawiwszy tabelę rozbiorów wody z wierconych, próbnych studzien w porównaniu ze składem chemicznym, oznaczonym przez kongresy higieniczne, jako przykład dobrej wody, sądzi, że najlepsza woda jest ze studni pod Bielanami Nr. 4. Tegoroczne wiercenia wykazały wodę zupełnie odpowiednią na całym terenie bielańskim; woda ta nie jest wiślaną, lecz przeciwnie dąży od gór bielańskich do Wisły, ma twardość większą od Wiślanej i poziom jej wyższy o kilka metrów od poziomu Wisły.

Co do ilości wody, to z tego tylko terenu wystarczy zupełnie na obecną liczbę mieszkańców Krakowa; według obliczeń z r. 1890 należy mieć przynajmniej 12000 mtr. sześc. wody na dobę, jeszcze ze względu na przyszłe powiększenie się miasta trzeba przyjąć 14000 mtr. sześc., tak że na 30 lat naprzód, t. j. do 1925 r. wystarczy wody dla całej przyszłej ludności Krakowa; obecnie 7 studzien na terenie bielańskim wystarczy do zaopatrzenia Krakowa. Na drugim terenie budzyńskim, na którym założono kilka studzien próbnych, wykazano znakomite stosunki gruntowe, grube warstwy iłu, karpackiego zwiru; okazało się nadto, że teren ten jest dalszym ciągiem terenu cholerzyńskiego, gdzie pod warstwą 20 do 25 mtr. ziemi znajduje się woda; wnosić więc można, że zasięk tej wody musi pochodzić z dalszej okolicy, ciśnienie bowiem w tych studniach dochodzi do 1 atmosfery (6 - 12 mtr. słupa wody). Woda więc z terenu budzyńskiego odpowiada wszelkim wymaganiom. Zakład wodociągowy według projektu mówcy stanąłby na terenie bielańskim, do którego doprowadzoną będzie woda z terenu budzyńsko-cholerzyńskiego.

Radca Merunowicz sądzi, że droga, na której jest komisya, będzie dobrą dla miasta, mniema jednak, że im teren jest mniejszy, tem łatwiej uchronić go od zewnętrznego zanieczyszczenia; nadto im mniejszy teren, tem tańszą woda, lepiej więc ujmować wodę tylko z terenu bielańskiego, do czego korzystniejszym, według zdania mówcy, byłby system Lindleya, polegający na całym systemie cienkich rur, za pomocą których z małego terenu ujmuje się więcej wody niż za pomocą głębokich studzien, jak to poucza przykład Frankfurtu, gdzie 56 hektarów terenu wystarcza na połowę miasta (druga ma źródlaną wodę).

Inżynier starszy Ingarden odpowiada, że w szczegóły się nie wdawał, wspominał jednak, że studya dalsze pokażą, co będzie lepsze, czy studnie czy system Lindleya; ostatni jest drogi i trudny do wykonania a w skutkach niepewny.

Kol. Bujwid: co się tyczy możebności łatwiejszego zakażenia większego terenu, o czem wspominał Radca Merunowicz, sądzi, że jeżeli woda płynie pod grubą warstwą iłu, zwiru i piasku, to stanowią one tak wyborny naturalny filter, że obszar terenu nie może wchodzić w rachubę.

Kol. Surzycki zapytuje się prelegenta, zkąd są takie niedokładności w tablicach przedstawiających wyniki badań składu wody przez prof. Bujwida i p. Albertiego, zwłaszcza co do amoniaku i kw. azotawego i czemu to należy przypisać. Prof. Bujwid w niektórych rozbiorach nie znajduje amoniaku a p. Alberti w wodzie branej prawie jednocześnie go wykrył. Również i w ilości chloru są znaczne różnice. Zwraca też uwagę kol. Surzycki, że twardość niektórych wód jest nader mała, n. p. 3,5—3,8—4,2 (skali niemieckiej), kiedy Wisła ma twardość od 3—4 a sam prof. Bujwid stawia jako normę 10. Czy więc ta mała twardość wody nie jest szczegółem ważnym w ocenieniu dobrej i smacznej wody.

Kol. Bujwid odpowiada, że różnice te są przypadkowe i zależą od zanieczyszczenia próbnych ilości wody. Na zakończenie kol. Przewodniczący dziękuje komisyi wodociągowej za przedstawienie swych wyników badania. Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

## IV. Wiadomości bieżące

#### Kraków dnia 24. Grudnia 1895 r.

— **Od redakcyi.** Kończąc z numerem niniejszym trzeci rok swej pracy około *Przeglądu lekarskiego* dziękujemy Współpracownikom za skuteczną pomoc a Czytelnikom za wyrozumiałość i pobłażanie i prosimy Tych i Tamtych o zachowanie i nadal dla nas względów koleżeńskiej przychylności.

Pismo, które skończyło 34 lata swego życia, miało czas wyrobić sobie program i wie, dokąd dąży. Nie myślimy przeto i w nadchodzącym roku żadnych stanowczych zmian robić w swem piśmie.

Tak życzliwie przyjęty przez ogół dział Zapisków terapeutycznych, w którym uwzględnialiśmy nie tylko najnowsze zdobycze nauki i doświadczenia, ale i nieraz nie uwieńczone jeszcze skutkiem dążności na tak ważnem polu

lecznictwa, utrzymamy i nadal; natomiast spełniając życzenie od wielu poważnych kolegów zawodowych nas doszłe, zamierzamy więcej, niż dotychczas poświęcić miejsca dyagnostyce podając w streszczeniu najnowsze prace w tym względzie ogłaszane.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Autorowie życzący sobie, aby ich prace polskie z zakresu chorób ucha, gardła i krtani były referowane w *Archiv f. Ohrenheilkunde*, zechcą łaskawie przysyłać odbitki prac swoich pod adresem:

*Dr. R. Spira*,
przy ulicy Dietlowskiej 52. w Krakowie.

— Od roku przyszłego obejmuje wydawnictwo *Przewodnika higienicznego* w miejsce prof. Dra Henryka Jordana Dr. Paweł Radecki, który to pismo już w ostatnich latach redagował.

— Rada gminna podhajecka nadała obywatelstwo honorowe Podhajec Drowi Zygmuntowi Dzikowskiemu, obecnie lekarzowi powiatowemu w Przemyślu, za jego dzielną i skuteczną czynność w powiecie.

— Według zdania sprawy złożonego przez Monoda na posiedzeniu Akademii lekarskiej w Paryżu w dniu 17. b. m. przedstawia się wpływ surowicy właściwej na śmiertelność z błonicy w 108 miastach francuskich, liczących więcej niż po 20.000 ludności w pierwszem półroczu roku bieżącego w porównaniu z pierwszem również półroczem lat 1888—1894. w sposób następujący: Umarło

| | średnio w 1888—1894. | w roku 1895. |
|---|---|---|
| w Styczniu | 469 | 205 |
| w Lutym | 466 | 187 |
| w Marcu | 499 | 155 |
| w Kwietniu | 442 | 160 |
| w Maju | 417 | 113 |
| w Czerwcu | 333 | 84 |
| Razem | 2626 | 904 |

co odpowiada zmniejszeniu się śmiertelności o 65·6%. Szkoda tylko, że dla dokładnego porównania brakuje cyfr odnoszących się do chorobliwości na błonicę.

W miesiącach Listopadzie i Grudniu 1894., tudzież Styczniu 1895. rozesłał instytut Pasteurowski 50000 rurek ze surowicą przeciwbłoniczą po całej Francyi.

Jeżeli się przypuści, że śmiertelność z błonicy zmniejszyła się w całym kraju w tym samym stosunku, co w owych 108 miastach, to w takim razie przez zaprowadzenie leczenia błonicy surowicą zmniejszyła się liczba przypadków śmierci z tej choroby w całej Francyi rocznie o 15000.

— Komitet główny XII. międzynarodowego Zjazdu lekarskiego, mającego się odbyć w Moskwie w roku 1897. składają: prezes prof. Klein, wiceprezes prof. Koszewnikow, podskarbi prof. Filatow, sekretarz jeneralny prof. Erisman, sekretarze proff. Diakonow, Tychomirow, Neydig, członkowie proff. Ostroumow i Korsakow. Rząd rosyjski dał na urządzenie kongresu 30000 rubli.

— Z końcem roku 1894. wychodziło w Paryżu 177 pism lekarskich, z końcem zaś roku bieżącego 199, przybyło więc 22 w jednym roku 1895.

— Rada gminna w Dole, miejscu urodzenia się Pasteura postanowiła wznieść zmarłemu uczonemu w tem mieście pomnik, przeznaczając nań 5000 franków, utworzyła w tym celu komitet, w którym honorowe przewodnictwo objął prezydent Rzeczypospolitej francuskiej, i wzywa do składek, które należy przesyłać pod adresem: *Pollny, Président du Tribunal du commerce à Dôle (Jura).*

— Wydawany przez Dra Billingsa *Index medicus* ma od przyszłego roku znów wychodzić dzięki gronu lekarzy, którzy złożyli na ten cel znaczne fundusze.

— Jakkolwiek ze stanowiska sanitarnego nie można zakazać wyrabiania należytego i sprzedawania margaryny czyli tak zwanego masła sztucznego, to jednakowoż nie ma najmniejszej wątpliwości, że nie godzi się pozwalać, by w miejsce prawdziwego masła podsuwano produkt sztuczny, w każdym razie od masła i gorszy i znacznie tańszy. Dlatego kontrola nad sprzedażą masła jest konieczna, ale trudna. Z przyjemnością przeto trzeba powitać pomysł chemika Dra Bischoffa, który na polecenie prezydenta policyi berlińskiej obmyślił przyrząd dozwalający w krótkim czasie rozróżnić masło naturalne od margaryny i od jej mieszaniny z masłem prawdziwem. W przyrząd ten zaopatrzono urzędników powołanych do kontroli nad masłem sprzedawanem w Berlinie, wszystkie tamtejsze hale targowe i rzeźnie miejskie. Zaletą przyrządu Dra Bischoffa jest, że jest wcale niedrogi (od 5 do 5 marek) i że go może użyć także sama publiczność dla ochronienia się od szkody. Przyrząd, o którym mowa, znajdzie się niewątpliwie wkrótce w Krakowie a wtedy będzie sposobność do przekonania się o jego praktyczności.

— **Miejsce dla lekarza.** Potrzeba lekarza do Lipska, miasteczka z ludnością 3000, przeważnie izraelicką w powiecie iłżeckim, gubernii radomskiej. Lekarz otrzyma 150 rubli rocznie a aptekarz da mu bezpłatnie stół. Bliższej wiadomości udzieli p. A. Lenczewski, aptekarz miejscowy.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* nrze 51. S. Mintz: O czynnościach żołądka w raku przełyku. J. Pruszyński: Działalność naukowa Ludwika Pasteura (ciąg dalszy). W. Wróblewski: Krwotoki nosowe (ciąg dalszy). A. Kohn: Dwa przypadki krwawiących polipów przegrody nosowej. — W *Medycynie*, nrze 51. T. Solman: Doszczętna operacya przepukliny pachwinowych podług sposobu Kochera. B. Polikier: O sposobach badania mleka kobiecego (ciąg dalszy). — W *Przewodniku higienicznym* nrze 12. nie ma żadnego artykułu oryginalnego.

***Do Nru niniejszego dołącza się tytuł i spis rzeczy.***

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.